

FORMULARIO DE QUEJAS Y APELACIONES

Nota: Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese con Servicios para Miembros al (805) 981-5050 o al (800) 600-8247, entre las 8:30 a.m. - 4:30 p.m.

Si esto se refiere a una enfermedad terminal, también puede solicitar una conferencia con un proveedor médico, el departamento de servicios para miembros, el departamento de revisión de utilización y/o cualquier otro departamento, según se indique.

Nombre del reclamante: _____ # de identificación del VCHCP: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono durante el día (incluir el código de área): _____

Nombre de la persona que completo este formulario (si corresponde; si no es el reclamante, favor de indicar su relación con el reclamante): _____

Describe el origen de su queja, incluyendo las fechas relevantes, si se conocen. **(Adjunte hojas adicionales, si es necesario):**

Firma: _____ Fecha: _____

Fax: (805) 981-5051

Envíe por correo a: VCHCP
2220 E Gonzales Road #210B, Oxnard, CA 93036

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **(1-805-981-5050)** o **(1-800-600-8247)** y para miembros con discapacidad auditiva: TDD to Voice **(1-800-735-2929)**; Llame a TDD **(1-800-735-2922)** para inglés o **(1-800-855-3000)** para español y use el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que no ha sido resuelta durante más de 30 días, puede llamar al departamento para obtener ayuda. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura de tratamiento para tratamientos de origen experimental o de investigación y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con discapacidad auditiva y del habla. La página web del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Para servicios de asistencia lingüística, llame a VCHCP al (805) 981-5050 o (800) 600-8247. TDD/TTY para personas con discapacidad auditiva al (800) 735-2929 para comunicarse en inglés o (800) 855-3000 para comunicarse en español.